

UNIVERSITE DE CAEN

Faculté de Médecine

Année 1974

N° 134

THESE
POUR LE
DOCTORAT en MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

A Propos des
Eviscérations Post-Opératoires
de l'Adulte

PAR

M. Dominique MAÏZA

né le 22 Janvier 1949 à Colombes (92)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 29 JANVIER 1974

Président: M.le Docteur Yves PHELINE,
Professeur d'Anatomie.

UNIVERSITE DE CAEN

Faculté de Médecine

Année 1974

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT en MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

A Propos des
Eviscérations Post-Opératoires
de l'Adulte

PAR

M. Dominique MAÏZA

né le 22 Janvier 1949 à Colombes (92)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 29 JANVIER 1974

Président: M.le Docteur Yves PHELINE
Professeur d'Anatomie.

UNIVERSITE DE CAEN

Faculté de Médecine

N.

née 1974

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT en MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

Présentée

A Propos des

Eviscérations Post-Opératoires

de l'Adulte

Par



M. Dominique MAÏZA

né le 22 Janvier 1949 à Colombes (92)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 JANVIER 1974

Président: M. le Docteur Yves PHELIN

Professeur d'Anatomie

UNIVERSITE de CAEN

FACULTE de MEDECINE

PROFESSEURS

MM. EVRARD	Clinique chirurgicale A
FERNANDEZ	Physique médicale
FOUCAULT	Pathologie expérimentale
GUIHARD	Pédiatrie
LACROIX	Clinique et Pathologie chirurgicales B
LEMAIRE	Physiologie
LEMENAGER	Clinique médicale A
LEVY	Clinique obstétricale
LHIRONDEL	Clinique médicale infantile
MORIN	Sémiologie médicale
OLIVIER	Clinique médicale B
PHELINE	Anatomie
PEULAIN	Médecine opératoire
SAVINI	Pharmacologie
VALLA	Médecine générale et thérapeutique
VILLEY	Clinique médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. BRION	Psychiatrie
FABRE	Physiologie
IZARD	Histologie et Embryologie
MOREL	Bactériologie, Virologie
POILPRE	Psychiatrie
THERET	Histologie et Embryologie.

MAITRES de CONFERENCES AGREGES

MM. BAZIN	Thérapeutique, réanimation médicale
BEUVE-MERY	Médecine interne
BEZARD	Chirurgie générale
DAVERNE	Electro-radiologie
Mle DENIZET	Radiologie
DESCHAMPS	Dermatologie
DROSDOWSKY	Biochimie médicale
GAUBERTI	Médecine préventive et santé publique, Hygiène
GIGNOUX	Chirurgie générale
LECHEVALIER	Neurologie
LEYMARIE	Biochimie médicale
LOYAU	Rhumatologie
MANDARD	Anatomie pathologique
MOULIN	Pharmacologie
QUESNEL	Anesthésiologie
ROUSSELOT	Anatomie pathologique
THOMAS	Immunologie, Hématologie
VENEZIA	Pédiatrie
ABBATUCCI	Radiologie (Maître de conférences associé).

A Christine, ma femme,

que l'achèvement de ce travail représente un
répit après tous les sacrifices que je t'impose
pour mes études depuis cinq ans.

A Olivier, mon fils,

A toute ma famille.

A mon Maître,

le Docteur Yves PHELINE,

Professeur d'Anatomie,

qui m'a beaucoup aidé à réaliser ce travail,

en témoignage de mes remerciements
et de mon profond respect.

Avec tous mes respects,

A Messieurs les Docteurs BEZARD
 GIGNOUX
 QUESNEL

Maîtres de Conférence Agrégés

qui m'ont fait l'honneur de bien
vouloir argumenter ce travail,

Avec tous mes remerciements.

A tous mes Amis.

P L A N

INTRODUCTION

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

- I - La Cicatrisation d'une plaie de laparotomie
- II - Les facteurs augmentant les forces de traction sur la cicatrice.
- III - Les facteurs diminuant la solidité de la cicatrice.
 - A - Facteurs compromettant la solidité des sutures,
 - 1 - La qualité des tissus,
 - 2 - La technique opératoire,
 - a) L'Incision,
 - b) Le traumatisme opératoire,
 - c) La fermeture
 - 3 - La technique anesthésique.
 - B - Facteurs inhibant la cicatrisation,
 - 1 - Le terrain,
 - 2 - Les complications pariétales,
 - 3 - Les thérapeutiques post-opératoires.

ANATOMO-PATHOLOGIE des EVISCERATIONS POST-OPERATOIRES.

- I - Les différents types d'éviscération
- II - Les lésions associées.

CLINIQUE des EVISCERATIONS

PROPHYLAXIE des EVISCERATIONS

- I - Prophylaxie pré-opératoire.
- II - Prophylaxie per-opératoire.
 - A - Les mesures communes,
 - B - Les mesures propres face au risque d'éviscération
- III - Prophylaxie post-opératoire.

...
TRAITEMENT de l'EVisCERATION CONFIRMEE

I - La technique opératoire,

A - Le traitement conservateur,

1 - Le sanglage abdominal

2 - Le bas collé de Guivarch et Mouchet

B - La réfection sans prothèse,

1 - La réfection plan par plan,

2 - Le plan total.

C - La réfection avec prothèse.

1 - Les prothèses sus et inter-aponévrotiques
type Vilain

2 - Les prothèses intra-péritonéales type Phéline.

II - Les Indications.

A - Eviscération type I

B - Eviscération type II

C - Eviscération type III

D - Eviscération itérative.

TABEAU RECAPITULATIF de nos OBSERVATIONS

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE.

INTRODUCTION

Brutale ou progressive, d'installation précoce ou retardée, l'éviscération aigüe post-opératoire est caractérisée par l'issue à l'air libre des viscères intra-abdominaux et plus particulièrement des anses grêles à travers la cicatrice opératoire désunie (14).

Elle se distingue donc de l'éventration ou hernie cicatricielle qui réalise une brèche musculo-aponévrotique entraînant la présence, sous la peau, des viscères abdominaux, qui de surcroît, restent protégés par une couche péritonéale.

L'éviscération post-opératoire représente encore à l'heure actuelle, une complication redoutable de la période post-chirurgicale immédiate. La fréquence d'une telle complication n'a que peu diminuée au cours des dernières décennies ; ainsi, en 1932, SOKOLOV évaluait cette fréquence entre 0,03 et 3 % des laparotomies (44) ; les chiffres avancés dernièrement étaient certes un peu moindres : de 0,22 % (21) à 2,2 % (5). Il faut quand même reconnaître que devant les progrès de la réanimation l'audace chirurgicale s'est accrue et que la grande majorité de nos éviscérés d'aujourd'hui n'auraient même pas été laparotomisés il y a quelques dizaines d'années : c'est justement là que se pose le problème : l'éviscération aigüe post-opératoire se produit souvent chez des personnes âgées ou chez des sujets jeunes en mauvais état local ou général ce qui ne fait qu'accroître les difficultés thérapeutiques tant chirurgicales que réanimatrices. Le pourcentage des décès après éviscération reste trop élevé : de 23 % (13) à 54,2 % (9) selon les auteurs modernes. Devant de tels chiffres, il nous a semblé intéressant de tenter de faire la synthèse des connaissances sur cette question et d'exposer une nouvelle technique opératoire employée par le Professeur PHELINE depuis cinq ans.

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

Devant la faible fréquence de l'éviscération, il est difficile de mettre en évidence, sur la série des 16 malades éviscérés depuis trois ans dans notre service, les différents facteurs étiologiques de l'éviscération. Ainsi ce n'est qu'en réunissant les différentes séries publiées dans la littérature chirurgicale que nous avons pu dégager le profil du candidat à l'éviscération. Auparavant, il est intéressant d'étudier la cicatrisation d'une plaie de laparotomie.

I - La Cicatrisation d'une Plaie de Laparotomie

A ce propos, nous citerons l'important travail de Hartwell qui a systématiquement étudié 1 200 parois abdominales chez des sujets décédés à tous les stades de cicatrisation de laparotomie (in 25).

Au cours de la cicatrisation d'une laparotomie, il n'y a que deux tissus qui offrent au fil une résistance suffisante pour tenir en attendant le relais du régénérat solide : le derme et l'aponévrose. L'épiderme et le péritoine cicatrisent par glissement épithélial (33), mais si l'épiderme glisse en quelques heures pour refermer la brèche qui sépare les deux berges, la séreuse péritonéale n'a jamais été retrouvée au contact par Hartwell et elle se refait tardivement par glissement cellulaire sur la lame fibreuse. Quant au muscle, il ne saurait cicatriser par première intention.

Au niveau du derme et de la graisse sous-jacente se fait une infiltration granulocytaire où est élaborée la substance pré-collagénique puis collagénique où apparaissent les fibres collagènes. Leur orientation dépend des tractions subies et se fait au mieux des intérêts mécaniques de la suture.

L'aponévrose ne participe pas elle-même à la constitution du régénérat : en effet, seule la graisse qui la recouvre est capable de fournir par l'intermédiaire des vaisseaux le matériel nécessaire. Le résultat est une véritable suture qui englobe les deux faces de l'aponévrose sur une certaine distance et il est possible de retrouver intactes ou presque, noyées dans cette suture, les deux berges aponévrotiques lors d'un examen microscopique plusieurs mois après. Ainsi se régénère par première intention la ligne blanche qui sera aussi solide sinon plus qu'avant la laparotomie.

Nous venons donc de voir que la solidité de la cicatrice dépend initialement de la solidité des sutures et secondairement de la qualité de la cicatrisation. S'il existe un déséquilibre important entre la résistance de la cicatrice et les forces auxquelles elle est soumise, l'éviscération risque de se produire. Le risque d'éviscération est donc soumis à deux types de facteurs :

- Les facteurs qui augmentent les forces de traction sur la cicatrice,
- les facteurs qui diminuent la solidité de la cicatrice, c'est-à-dire, nous venons de l'envisager : ceux qui compromettent la solidité des sutures et ceux qui inhibent la cicatrisation.

II - Les Facteurs qui augmentent les Forces de Traction sur la Cicatrice

Ils jouent surtout un rôle de facteurs déclenchants d'ordre mécanique (43) et nous ne ferons que les citer :

- la toux, le hoquet,
- les efforts de vomissements,
- toutes causes de distension abdominale
- enfin si nous ne pouvons nier les nombreux mérites du lever précoce dans les suites opératoires il est difficile de ne pas le ranger parmi les facteurs déclenchants possibles d'une éviscération.

III - Les Facteurs qui diminuent la solidité de la cicatrice

A - Facteurs compromettant la solidité des sutures

La solidité d'une suture est conditionnée par la qualité des tissus sur laquelle elle intervient et par la technique opératoire.

1 - La qualité des Tissus

L'obésité est la principale affection capable de l'altérer. En effet, chez l'obèse, l'aponévrose est très fragile, réduite à un simple feuillet, quant aux muscles, ils sont presque insignifiants. Signalons ici que par la masse graisseuse située au niveau de l'épiploon et du mésentère, l'obésité contribue à augmenter la pression intra-abdominale et par là-même joue en plus comme facteur augmentant les forces de traction sur la cicatrice.

La plupart des auteurs considèrent donc l'obésité comme un facteur indéniablement prédisposant à l'éviscération (15, 32, 35, 46).

La fragilisation des tissus par radiothérapie est difficile à apprécier. Vilain (46) considère que s'il n'existe pas de radio-dermite, la cicatrisation peut très bien se faire. Dans le cas inverse, il préconise la réparation avant la laparotomie ou s'il s'agit d'une urgence, la réparation dans le même temps.

2 - La Technique opératoire

Seul le geste sur la paroi doit être envisagé ici.

a) L'Incision

Aucun type d'incision n'est à l'abri d'une éviscération (4, 15, 36, 42) mais la majorité des auteurs semblent être d'accord pour énoncer que (3, 9, 26, 27) :

- les éviscérations sont plus fréquentes après incisions verticales qu'après incisions transversales ou obliques.
- lors des incisions verticales, ce sont surtout les médianes qui sont sources d'éviscérations, qu'il s'agisse de médianes sus ou sous-ombilicales avec une zone particulièrement fragile : la zone péri-ombilicale. Ceci est sans doute le fait que la médiane est la voie d'abord la plus couramment utilisée, Sokolov le soulignait déjà en 1932 (44)
- Quel que soit le type d'incision pratiquée, Vilain (46) insiste sur le fait que son rôle est certainement moindre que le soin mis par l'opérateur à refermer la paroi.

- b) Le Traumatisme Opératoire

Une utilisation intempestive du bistouri électrique (17) une hémostase par prise en masse source de zones de nécrose secondaire, un étirement brutal ou prolongé des berges par des écarteurs orthostatiques générateurs d'ischémie sont autant de facteurs entraînant une altération des tissus à suturer.

- c) La Fermeture

C'est un des temps essentiels de toute laparotomie qui, à lui seul peut compromettre la cicatrice et aboutit à l'éviscération.

Nous n'insisterons pas sur le matériel de suture sauf si ce n'est que pour énoncer deux faits :

- tout d'abord la majorité des auteurs déconseillent formellement la suture de l'aponévrose au catgut dont on sait que sa solidité diminue très vite après le cinquième jour et plus rapidement encore s'il existe une infection.
- l'emploi de l'aiguille de Reverdin est à déconseiller du fait des délabrements qu'elle entraîne lors de son passage. Il est préférable d'employer des aiguilles serties
- La technique de suture surtout mérite d'être envisagée. Alexander et Prudden (1) ont montré que ce ne sont jamais les points qui cédaient mais les tissus ; ceci nous semble évident : tout chirurgien est capable de faire un noeud qui ne se dénouera pas et les fils utilisés sont très solides. Par contre, la difficulté réside dans l'appréciation du serrage du noeud : un noeud trop serré coupe le tissu d'autant plus facilement que la prise tissulaire est moindre, un noeud trop peu serré risque de glisser. Outre le serrage des noeuds, d'autres fautes techniques peuvent être commises : une prise musculaire lors de la suture de l'aponévrose qui entraînera une nécrose du muscle et par ce fait une détente du noeud ; des points situés trop loin les uns des autres ou placés irrégulièrement entraînent une répartition irrégulière des forces ; enfin, une fermeture pariétale incomplète.

Enfin, Vilain (46) souligne le rôle particulièrement néfaste des drainages ou des colostomies placées dans la plaie opérée.

ratoire qui réalisent un point faible et qui sont source d'infection.

3 - La Technique Anesthésique

Il est certain qu'elle modifie selon sa qualité le risque d'éviscération. Deux facteurs font intervenir sa responsabilité: le relâchement musculaire qu'elle induit et le moment du réveil.

Il est important que le relâchement musculaire créé par l'anesthésie soit bien dosé particulièrement lors du temps de fermeture. Ainsi, un relâchement insuffisant rendra ce temps difficile pour l'opérateur ; par contre, un trop grand confort peut être dangereux : une paroi trop relâchée est difficilement appréciable quant à sa tonicité et rend difficile l'estimation du risque d'éviscération ; de plus si la paroi se laisse facilement étirer, le risque de serrer les points trop fort et par là d'entraîner des nécroses induisant des lâchages de suture est plus grand.

Il importe également que le réveil ne soit pas trop rapide ni trop brutal créant la mise en jeu d'efforts de traction non inhibés par la douleur qu'ils pourraient provoquer du fait de l'analgésie persistante au début du réveil. Ceci est responsable dans certains cas d'éviscération précoce sur table mais contribue également à engendrer des éviscérations secondaires en ayant fragilisé la paroi dès la fin de l'intervention.

B - Facteurs inhibant la Cicatrisation

Ils sont de trois ordres :

- les uns sont liés au terrain,
- d'autres sont le fait de complication pariétales,
- enfin, certains sont liés à la thérapeutique post-opératoire.

1 - le Terrain

L'âge est le premier facteur qui intervient et ceci nous a particulièrement frappés même sur la petite série de nos éviscérés : ainsi, sur 16 cas, quatre malades seulement avaient ^{entre} 40 et 45 ans, par contre, neuf d'entre eux étaient âgés de plus de 65 ans. Nous ne prétendons pas énoncer des généralités à propos de 16 malades mais la majorité des auteurs confirment le fait : ainsi Mac Callum (27) observe 1,3% d'éviscérations pour laparotomie chez des sujets

âgés de moins de 45 ans, par contre, 5,4 % chez des sujets de plus de 45 ans et 70 % des éviscérés d'Olivier (35) ont plus de 70 ans. Nous connaissons tous malgré tout des vieillards laparotomisés qui ont cicatrisé tout-à-fait normalement et il semble que l'âge n'intervienne que par le fait que les vieillards présentent plus souvent des tares viscérales inhibitrices des processus de cicatrisation. Vilain (46) pense de plus que cette prépondérance d'éviscérations chez le vieillard est liée à la plus grande fréquence des laparotomies chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune.

L'affection ayant entraîné la laparotomie ne semble pas influencer notablement le risque d'éviscération quoiqu'il faille remarquer une certaine prépondérance lors des interventions pratiquées en urgence. Enfin, si les cancers et les affections hépato-biliaires sont souvent incriminés, c'est certainement par leur retentissement général sur l'organisme qu'ils interviennent.

Les auteurs classiques insistaient particulièrement sur le rôle néfaste des grandes maladies générales telles que la syphilis, la tuberculose et le diabète. En fait, les statistiques modernes ne leur donnent plus une place prépondérante et ce, sans doute à cause des progrès considérables des thérapeutiques médicales vis-à-vis de ces affections. Par contre, l'insuffisance rénale grave semble jouer un rôle très néfaste (34).

Le rôle de l'hypoprotidémie est diversement apprécié. Certes, il s'agit souvent du dénominateur commun des grandes altérations du terrain et il est satisfaisant pour l'esprit de conclure qu'une hypoprotidémie entraînera un défaut de cicatrisation. De nombreuses statistiques et travaux expérimentaux le prouvent (3, 5, 42, 36, 19, 29). Nous-même, nous retrouvons une hypoprotidémie plus ou moins prononcée chez tous nos éviscérés. Mais Lemerle et Vilain (25) font remarquer qu'il n'existe pas de statistiques comparatives de l'hypoprotidémie entre les grands opérés éviscérés et ceux qui ne le sont pas ; d'autre part, ils citent Watterwald qui a publié une statistique concernant 682 cas opérés dans un camp de concentration et ils sont surpris de la qualité de la cicatrisation obtenue dans des pertes de substance cutanée après chute des nécroses (in 25).

Nous concluons avec Lemerle et Vilain ce chapitre sur le rôle du terrain en soulignant que autant l'hypoprotidémie que les différentes atteintes générales semblent moins jouer un rôle direct sur le retard de cicatrisation qu'un rôle indirect en diminuant la résistance du terrain aux infections.

2 - Les Complications pariétales

L'une a un rôle considérable dans la genèse des éviscérations post-opératoires, il s'agit de l'infection. Son action est certaine : le pourcentage d'éviscération est plus grand lors d'interventions pour affections septiques (11, 27) ; les infections de paroi sont plus fréquentes chez les éviscérés que dans les groupes témoins (20) ; l'infection est considérée comme une cause directe d'éviscération dans 12 à 14 % des cas (1, 5, 3).

Deux types de contamination de la paroi sont possibles (25) :

- soit contamination septique exogène : l'opérateur ou ses aides apportent des germes sur la paroi ; cela est certain lorsqu'il existe une infection pariétale sans qu'il y ait eu de temps septique intra-abdominal ; cela est encore possible lorsqu'il y a eu un temps septique mais il est beaucoup plus malaisé de le prouver.
- soit contamination septique endogène : la peau étant facile à désinfecter, il est rare qu'elle soit la source de l'infection ; par contre lors d'un temps septique intra-abdominal, les germes ont toute latitude pour contaminer la paroi. De même, les fistules digestives contaminent la paroi par le même processus et ceci d'autant plus facilement que les germes de la coprofloce n'auront pas trouvé un drainage efficace.

Deux types d'infection sont possibles :-soit l'infection à gram positif souvent due à une contamination exogène, infection à pus louable infection bruyante et peu source d'éviscération,

-soit l'infection à gram négatif souvent due à une contamination endogène, infection torpide due à plusieurs germes plus ou moins mutants à la suite de traitements antibiotiques, germes difficiles à combattre mais surtout germes protéolytiques qui réduisent l'aponévrose à une mince lame molle

verdâtre que les points de suture déchireront au moindre effort. C'est surtout ce type d'infection qui est cause des éviscérations. (25, 46).

L'hématome pariétal post-opératoire est également cité par différents auteurs comme cause d'éviscération (1,5, 7). Son mécanisme d'action est double :

- il crée par son volume une source de compression préjudiciable à la revascularisation de la cicatrice,
- mais surtout il crée un terrain extrêmement favorable à l'infection.

Des perturbations métaboliques plus générales peuvent retentir au niveau de la cicatrice et ont été citées mais leur rôle est bien moindre que celui de l'infection : il s'agit des perturbations du métabolisme de la fibrine soit par manque de production de fibrine (21), soit par fibrinolyse (7, 22) soit enfin par manque de facteur XIII stabilisateur de la fibrine (45).

3 - Les Thérapeutiques médicamenteuses post-opératoires

Certains médicaments ont été incriminés dans la genèse des éviscérations. Leur rôle aurait été prouvé en médecine expérimentale mais sur le plan clinique, il n'existe pas de données concordantes à ce sujet, tout au moins en ce qui concerne l'action des antibiotiques (2, 18) ou des phénotiazines (30, 41). Par contre, la majorité des auteurs ont incriminé les corticoïdes dont le rôle néfaste a fait l'objet de nombreuses expérimentations (31, 41, 18) ; ils agissent de deux façons :

- d'abord de façon directe en s'opposant à la cicatrisation par inhibition de la néoformation des fibroblastes et des histiocytes et en augmentant la fibrinolyse,
- ensuite de façon indirecte en favorisant la diffusion de l'infection.

Le risque d'éviscération paraît certain si les malades sont traités au long cours par des corticoïdes ; par contre, une corticothérapie

récente voire post-opératoire n'est en pratique pas néfaste au processus de cicatrisation (46).

En conclusion de ce chapitre, sur les circonstances étiologiques des éviscérations post-opératoires, nous ferons la remarque qu'en pré-opératoire, rien ne pourra faire affirmer que le malade sera un éviscéré ; tout au plus, pourra-t-on évaluer un facteur de risque en fonction de l'existence d'un ou de plusieurs facteurs prédisposants. C'est en fonction de ce risque que le Chirurgien et le réanimateur devront prendre les mesures prophylactiques nécessaires, nous y reviendrons au chapitre de la thérapeutique.

ANATOMO-PATHOLOGIE des EVISCERATIONS POST-OPERATOIRES

Nous envisagerons successivement les différents types d'éviscération puis les lésions associées éventuelles.

I - Les Différents Types d'Eviscération

On distingue classiquement trois types anatomo-pathologiques d'éviscération :

A - L'Eviscération de type I - schéma n° 1 -

La barrière péritonéale et musculo-aponévrotique a cédé mais fait essentiel la peau n'est que partiellement entr'ouverte voire cicatrisée ou encore un dépôt fibrineux sous-cutané peut exister maintenant rapprochées les berges cutanées et masquant partiellement ou totalement la brèche des tissus sous-jacents. Il s'agit bien d'une éviscération et non d'une éventration car les anses grêles sont directement sous la peau et il n'existe aucune interposition péritonéale ou sous-cutanée.

B - L'Eviscération de type II (schéma n° 2)

La rupture péritonéale et aponévrotique s'accompagne dans ce cas d'une déhiscence large de la peau. Le contenu viscéral sous-jacent et en particulier les anses grêles font irruption hors de l'abdomen par la plaie opératoire. Un fait est important c'est qu'il s'agit d'anses intestinales libres, peu remaniées mais n'ayant aucune velléité de réintégrer la cavité abdominale.

C - L'Eviscération de type III (schéma n° 3)

Dans ce cas, l'aspect pariétal est identique en type II mais les

anses intestinales sont agglutinées entre elles par un dépôt fibrineux de péritonite plastique auquel participe souvent le grand épiploon. Cette agglutination déborde largement dans l'abdomen les berges de la plaie opératoire et réalise une masse dont le volume s'oppose à l'expulsion hors de la cavité abdominale.

Ces trois types d'éviscération représentent en fait des étapes chronologiques distinctes de l'affection, nous y reviendrons en étudiant la clinique des éviscération.

II - Les Lésions Associées

Il s'agit des fistules intestinales dont nous avons vu le rôle dans la genèse de l'éviscération. Les fistules uniques ou multiples aggravent le pronostic pour deux raisons :

- la première est d'ordre local ; les germes de la coprofloce ont fait irruption dans la cavité péritonéale et ont contribué à l'apparition de l'éviscération. Il s'agit souvent de germes gram négatif, protéolytiques et surtout ayant muté sous l'influence des différents traitements antibiotiques institués à tort ou à raison ; ces germes mutants sont particulièrement difficiles à combattre.
- la seconde est d'ordre général ; le terrain est fragile et les fistules intestinales créent une déperdition hydro-électrolytique difficile à compenser malgré les progrès de la réanimation.



Schéma I : type I

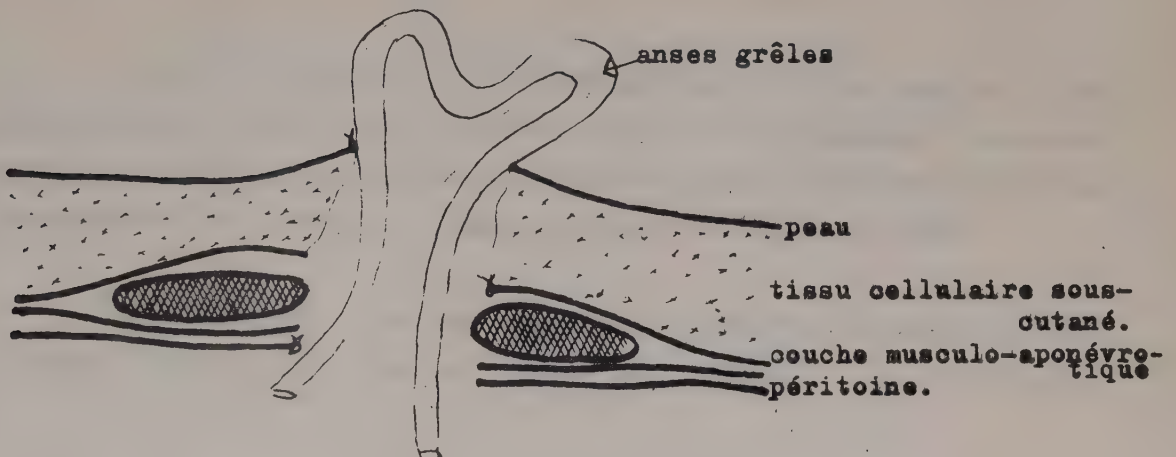


Schéma II : type II

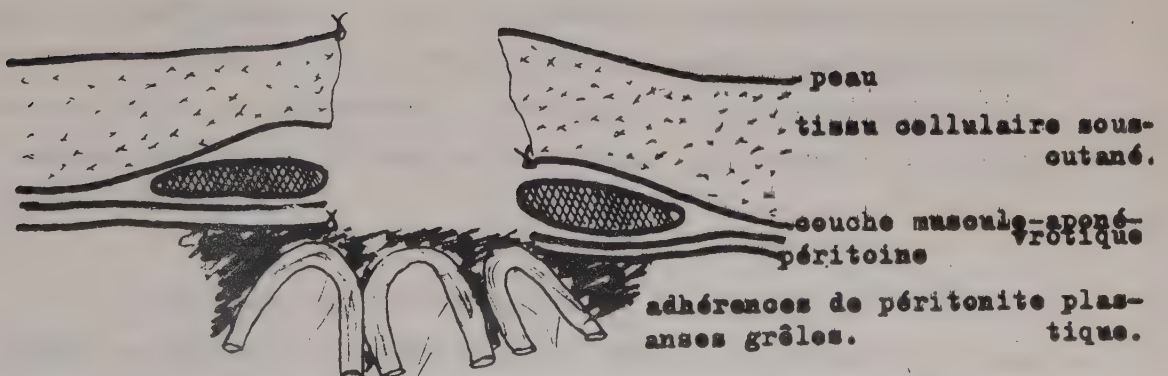


Schéma III : type III

CLINIQUE des EVISCERATIONS

La date d'apparition des éviscérations post-opératoires est variable :

- Elle peut être précoce survenant entre le 3^e et le 10^e jour après l'intervention initiale voire très précoce et nous avons relevé dans la littérature plusieurs observations d'éviscération sur table (5, 14). Il s'agit alors d'éviscération de type II et leur genèse semble expliquée par l'importance des facteurs mécaniques et une suture défectueuse de la plaie opératoire. Moulonguet les qualifie d'ailleurs d'éviscération par ~~malunion~~ (33).

- Elle peut être tardive survenant après le 10^e jour et l'infection pariétale joue ici un rôle considérable dans leur mécanisme de survenue. Moulonguet les appelle éviscérations par désunion (33). Les types d'éviscération rencontrées à ce stade sont plus volontiers les types I ou III.

Le diagnostic d'éviscération post-opératoire ne pose en général aucun problème mais il sera plus ou moins évident suivant le type d'éviscération.

- Le diagnostic est évidemment très facile dans une éviscération confirmée et libre type II. Le malade à l'occasion d'un effort de toux, de hoquet ou de vomissement perçoit une violente douleur abdominale. L'éviscération est évidente : dans le pansement souillé, on trouve les anses grêles parfois accompagnées par l'épiploon. Parallèlement, les signes généraux de choc sont importants : pâleur, angoisse, chute tensionnelle, accélération du pouls et troubles respiratoires. Il s'agit d'une véritable urgence chirurgicale et après un court bilan qui comprendra la recherche de la date d'intervention, la date de reprise du transit, l'histoire des suites opératoires, le traitement sera institué rapidement.

- ailleurs, les circonstances de diagnostic sont différentes ; chez un opéré, on découvre un abcès de paroi lors d'un pansement ; la peau est partiellement désunie. On pense à une petite infection pariétale mais une grande quantité de pus s'échappe et dans le fond de la cavité apparaissent les anses agglutinées par une réaction péritonéale plastique empêchant l'issue de ces

...

dernières à travers la paroi. Il s'agit d'une éviscération type III et le traitement doit être institué faute de quoi, les anses risqueraient de faire irruption hors de la cavité péritonéale lors d'un effort important.

- Enfin, dans d'autres cas, ce n'est que la surveillance attentive de la plaie opératoire qui fait évoquer le diagnostic d'éviscération. Un certain nombre de petits signes d'appel sont à bien connaître et permettent de porter le diagnostic d'éviscération type I avant qu'un effort ne fasse lâcher la suture cutanée:

- . L'écoulement entre les fils de suture d'une sérosité plus ou moins sanglante et anormalement abondante est très évocateur. Ce signe est retrouvé dans près de la moitié des cas (4, 5).
- . la présence d'anses sous la peau peut également se traduire par un ballonnement tympanique localisé à la plaie (8, 33).
- . ailleurs, on notera un syndrome occlusif post-opératoire persistant (4, 8, 33, 23, 39).

Que ces signes d'appels existent ou non, isolément ou associés, c'est la palpation qui affirmera le diagnostic en permettant de sentir sous la peau intacte les berges désunies de l'aponévrose. Selon Pereira et Serkes (37), on doit normalement percevoir à la palpation d'une suture au 5e jour une ligne indurée: son absence serait en faveur d'une éviscération certaine.

...

PROPHYLAXIE des EVISCERATIONS

Il est évident que le traitement des éviscérations devrait avant tout être prophylactique. Cette prophylaxie sera d'autant plus stricte que le profil du sujet dégagé selon les critères définis au chapitre des circonstances étiologiques en fait un candidat à l'éviscération post-opératoire.

Cette prophylaxie s'étend sur trois périodes chronologiques :

- avant l'intervention,
- pendant l'intervention,
- après l'intervention.

I - Prophylaxie Pré-Opératoire

Elle n'est possible que lorsque l'intervention chirurgicale n'est pas un caractère d'urgence.

Elle comprend un certain nombre de gestes qui visent à corriger les tares viscérales du malade :

- . compensation d'une anémie, de la dénutrition et de l'hypoprotidémie si elles existent en sachant bien que cela est parfois long.
- . équilibrage des tares : diabète, insuffisance rénale en recourant parfois à l'épuration extra-rénale (34)
- . traitement des affections broncho-pulmonaires toujours aggravées par l'anesthésie,
- . lutte contre l'infection.

Enfin, une mesure est essentielle en pré-opératoire immédiat quel que soit l'urgence de l'intervention, c'est la préparation soignée de la peau. Lemerle et Vilain (25) insistent particulièrement sur le moment propice de cette préparation : pour eux, le rasage avec les

...
excoriations cutanées qu'il crée, l'application d'un pansement qui devient rapidement chaud et humide sont les meilleurs moyens de contaminer la peau avec des hôtes indésirables ; tous leurs malades sont préparés seulement dans l'heure qui précède l'intervention, en pratique, en même temps que la prémédication leur est administrée.

II - Prophylaxie per-Opératoire

Nous en avons déjà vu les grandes lignes au chapitre des circonstances étiologiques.

Certaines mesures sont communes à toutes les interventions chirurgicales ; d'autres sont propres à la Chirurgie abdominale face au risque d'une éviscération.

A - Les Mesures communes

Elles peuvent sembler puériles et on serait tenté de les appeler règles de la bonne chirurgie. Nous jugeons malgré tout bon de les rappeler :

- a) être aussi peu traumatique que possible en manipulant les tissus avec soin, éviter les étirements brusques ou prolongés des berges,
- b) assurer une hémostase soignée mais élective en rejetant formellement les prises en masse, source de foyers de nécrose,
- c) proscrire l'usage abusif du bistouri électrique,
- d) lutter au maximum contre la contamination septique de la paroi :
 - en utilisant des champs imperméables suturés au péritoine dès son ouverture ou à l'aponévrose avant le temps péritonéal si on a un doute sur la septicités de son contenu ; certains champs plastifiés sont maintenant tout préparés et leur embase flexible épousant la forme de la déhiscence pariétale

peut éviter cette suture tout en protégeant aussi efficacement la paroi.

- . en considérant le temps de fermeture pariétale comme une véritable nouvelle intervention pour laquelle on doit changer de gants et de matériel,
 - . en nettoyant la paroi après fermeture péritonéale avec une solution antiseptique et au besoin en laissant en place une poudre antibiotique
 - . en évitant au maximum les espaces morts, source d'épanchements ne demandant qu'à s'infecter, par drainage systématique des décollements sous-cutanés et en faisant une large place au drainage aspiratif par drain de Redon.
 - . en proscrivant enfin systématiquement tout drainage ou colostomie par la plaie opératoire car ils diminuent la solidité de la suture et réalisent une porte d'entrée à l'infection.
- e) réaliser une bonne fermeture pariétale qui en l'absence de risque soupçonné d'éviscération sera une suture plan par plan en respectant certaines règles :

- principes généraux de la suture par plans : le matériel de suture doit avoir un calibre adapté, ni trop ~~gross~~ car réalisant un corps étranger, ni trop fin, car risquant de couper ; le fil résorbable ne sera utilisé que pour la suture péritonéale et le tissu cellulaire sous-cutané ; le surjet doit être proscrit ainsi que les points en X car ils sont facteurs d'ischémie et on peut citer la boutade de Guillet : "On cicatrise malgré le surjet mais non à cause du surjet" ; les points seront effectués à l'aiguille sertie, la Reverdin étant trop traumatisante ; les fils ne seront pas trop serrés car nécrosants ni coupés trop courts car risquant de glisser ; enfin, les points devront être régulièrement espacés pour bien répartir les zones de traction permettant ainsi une bonne organisation du collagène

- Principes particuliers adaptés à chaque plan :

La majorité des auteurs soulignent tous la nécessité d'une fermeture péritonéale soigneuse. Celle-ci nous semble inutile voire dangereuse pour deux raisons :

- . inutile car nous l'avons vu (in 25) Hartwell dans son travail n'a jamais retrouvé lors de ses autopsies le péritoine en contact,
- . dangereuse, car pour pouvoir réaliser une suture péritonéale correcte, il faudra décoller du plan musculo-aponévrotique le péritoine créant ainsi :

- .. un décollement source d'hématome donc un risque plus important de suppuration,
- .. une dévascularisation partielle des berges aponévrotiques, source de retard de cicatrisation.

L'aponévrose réalise le seul plan vraiment solide et les prises tissulaires devront être larges à son niveau ; on devra éviter de peler l'aponévrose pour faciliter la suture car nous l'avons vu, sa vascularisation est surtout réalisée à partir de la graisse qui l'entoure ; les muscles devront être évités dans les points aponévrotiques car leur nécrose entraînera une distension du fil ; de plus, les muscles ne seront pas suturés mais tout au plus rapprochés par des points lâches, des points trop serrés risquant de les sectionner ; enfin, les points cutanés seront suffisamment serrés mais non nécrosants et seront enlevés au 10e ou 12e jour, voire plus tard si la cicatrice est inflammatoire.

- f) assurer une anesthésie parfaite dosant bien le relâchement musculaire et n'entraînant pas le réveil trop rapide du malade.

B - Les Mesures propres face au risque d'Eviscération

Toutes les mesures dont nous venons de parler s'appliquent au sujet dont le risque d'éviscération pesé avant l'intervention semble minime ; par contre, si le profil du sujet défini plus haut, en fait un candidat à l'éviscération, des mesures complémentaires doivent être prises.

Un seul point semble faire l'unanimité parmi les auteurs, c'est la nécessité d'un drainage péritonéal correct ; en effet, nous avons déjà vu que l'infection intra-péritonéale est une des grandes causes de la contamination pariétale. Or, les collections purulentes vont avoir tendance à s'évacuer par les zones les plus faibles de la paroi, zones représentées par la plaie opératoire en l'absence de drainage (25).

Par contre, vis-à-vis de la fermeture pariétale, les avis divergent énormément. Les méthodes utilisées dans le cas de risque d'éviscération étant les mêmes que celles employées lors d'une éviscération confirmée, nous les exposerons en détail en discutant leur valeur dans le chapitre concernant le traitement curatif. Nous ne nous bornerons donc ici qu'à les citer

- un premier groupe de méthodes consiste à renforcer la suture pariétale réalisée plan par plan ; ce renforcement peut se faire de façon extra-cutanée par bandage ou par la méthode du bas collé ; ce peut être également un renforcement de la suture aponévrotique réalisée en paletot ou selon la technique de Welti.
- une deuxième méthode consiste à suturer toute la paroi en un seul plan,
- un troisième type de méthodes fait appel à des prothèses pariétales : peau, métal ou matières synthétiques.

III - La Prophylaxie Post-Opératoire

Il est indispensable de poursuivre la lutte contre l'infection et la correction des tares générales déjà entreprises en pré - opératoire. Il faudra de plus tenter de supprimer tous les facteurs mécaniques susceptibles de soumettre la cicatrice à d'importantes tensions dont nous avons vu le rôle déclenchant dans la genèse de l'éviscération. Il s'agira donc :

- de lutter contre les efforts de vomissements ou contre la distension post-opératoire par la mise en place d'aspiration digestive .
- de supprimer la toux et d'assurer un bon drainage broncho-pulmonaire chez les bronchiteux par des séances de kinésithérapie suivies.
- éviter le lever précoce lorsque le sujet est un candidat à l'éviscération ; on le remplacera alors par une kinésithérapie au lit.

Le problème de l'assistance respiratoire par respirateur artificiel en post-opératoire est loin d'être résolu :

- un certain nombre de Chirurgiens dans notre équipe serait favorables à un tel procédé qui en diminuant la gêne respiratoire supprimerait la respiration de type abdominal et de plus assurant une meilleure oxygénation permettrait certainement une meilleure cicatrisation,
- par contre, la majorité des Réanimateurs y sont farouchement hostiles en considérant une telle pratique comme un facteur d'éviscération. Ils avancent pour affirmer cela plusieurs arguments : le fonctionnement de tels appareils étant trop brutal, créerait des forces de traction supplémentaires ; l'obligation d'aspirations fréquentes par la canule de trachéotomie ou la sonde d'intubation déclencherait trop d'efforts de toux, nocifs pour la paroi.

Nous citerons pour terminer ce chapitre une attitude qui doit être de règle après la laparotomie : c'est la surveillance

...

minutieuse de la cicatrice souvent capable de dépister
l'éviscération au début avant que ne se réalise la rupture
totale de la paroi.

...

TRAITEMENT de l'EVisCERATION CONFIRMEE

Le traitement d'une éviscération confirmée n'est pas stéréotypé. Il existe de nombreuses méthodes curatives ; cette multiplicité des méthodes laisse supposer leurs difficultés et leurs insuffisances. Pour la clarté de l'exposé, il nous semble utile d'exposer d'abord les techniques opératoires employées avant d'en discuter les indications.

I - Les Techniques Opératoires

Elles sont en principe de deux ordres :

- d'abord vis-à-vis des viscères intra-péritonéaux éviscérés mais l'exposé de ces techniques sort du cadre de notre sujet et nous ne nous occuperons de définir l'attitude générale à adopter vis-à-vis de ces viscères au chapitre des indications thérapeutiques.
- ensuite, vis-à-vis de la réfection pariétale et ici, les techniques sont nombreuses. Trois types de méthodes sont employées :
 - 1) le traitement conservateur,
 - 2) la réfection sans prothèse,
 - 3) la réfection avec prothèse

A - Le Traitement Conservateur

Il fait appel à deux genres de méthodes :

- 1) le sanglage abdominal (11, 12, 40). C'est l'attitude classique pronée par J. Quénu et rappelée récemment par un travail de Guillemin (11).

...

Il consiste à déprimer la masse viscérale par une compresse de gaze iodoformée (Quénu) ou de tulle gras (Guillemin) et de la maintenir en place par une large ^{bande} d'Elastoplaste faisant une fois et demi le tour du corps, le bandage doit rester en place pendant huit à dix jours.

2) La technique du bas collé de Guivarc'h et Mouchet (12)

Le matériel utilisé est simplement un bas de nylon ordinaire ; on en découpe une bande de 40 à 50 cms de long sur 20 à 30 cm de large selon les dimensions de l'abdomen. A distance de l'incision sur la fosse lombaire ou le flanc, la peau est baignée de vernis chirurgical ordinaire ; le bas est collé d'un côté puis tiré fortement vers l'opposé en rapprochant les berges écartées de l'incision et enfin collé du côté opposé. Si un drainage intra-péritonéal ou intra-pariétal doit rester en place le drain doit sortir sous le bord inférieur du bas qui ne devra pas être percé.

Le pansement de la cicatrice se fait par dessus le bas et le nettoyage de la plaie peut ainsi être fait journellement sans supprimer la contention.

B - La Réfection sans prothèse

1) La Réfection plan par plan

Seule, elle n'est jamais utilisée pour traiter une éviscération confirmée et il est souvent difficile de réaliser un paletot aponévrotique. De toute façon, même si l'excision des berges nécrotiques a été le plus économique possible, la suture se fera sous tension et ne pourra être acceptée. Ce type de réfection ne doit plus être considéré comme curatif d'une éviscération confirmée.

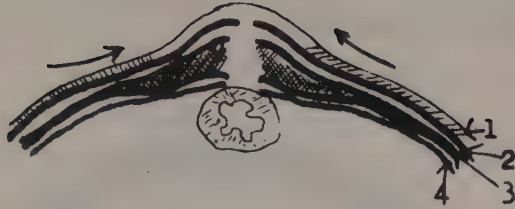
2) La Suture en 1 plan total

Elle est préconisée par l'école de Houdard (6). Le fil utilisé est du nylon n° 5. Les points prennent la peau à environ 3 cms des berges et se dirigent obliquement vers la ligne médiane pour ne pas enserrer trop de muscle. Les points seront tous placés avant de les serrer. Ce serrage est important : les points doivent être "posés" pour ne pas risquer de nécroser les berges ; autrefois serrés sur un petit drain de caoutchouc les auteurs préconisent à l'heure actuelle de le faire sur un raccord de drain de Redon qui assure un rapprochement global, bien dosé et bien toléré. Les points sont maintenus jusqu'au 15e jour.

Cette technique, aussi bien employée comme traitement préventif mais les points ne prennent pas dans ce cas le péritoine qu'en traitement curatif, comporte dans le deuxième cas certaines variantes pour faire face au défaut de paroi après parage. En effet, dans certains cas, le parage ayant entraîné de telles pertes de substance, qu'il devient impossible de refermer la paroi sous tension.

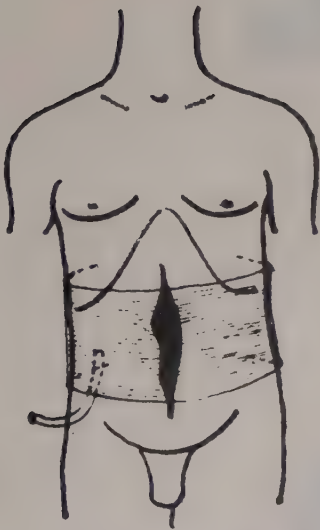
Deux techniques pallient à ce problème :

- soit fermeture cutanée simple après deux contre-incisions latérales cutané-aponévrotiques de décharge permettant l'affrontement sans traction.
- soit pose d'un champ vaseliné sur le contenu abdominal et rapprochement incomplet des berges par points totaux. Le champ est retiré après le vingtième au trentième jour et le problème de l'éventration secondaire traité ultérieurement.



Coupe de la paroi éviscérée

- 1) le bas collé lein sur les côtés recouvre la plaie et exerce la pression à distance.
- 2) Peau
- 3) Plan musculo-aponévrotique.
- 4) péritoine

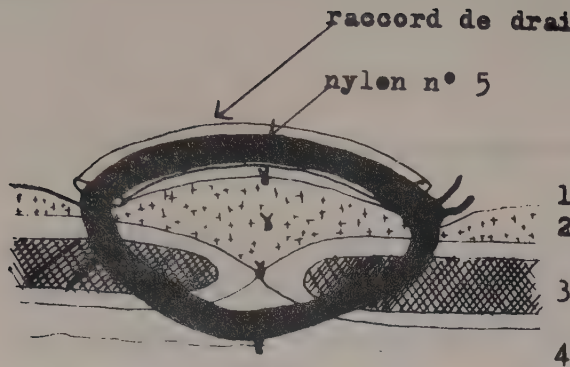


Le Bas sur l'Eviscération

Noter l'attache postérieure et latérale et le trajet du drain sous le bas.



Attache postéro-latérale du bas



Point total extra-péritonéal



Point total intra-péritonéal

- 1) peau
- 2) tissu cellulaire sous-cutané.
- 3) couche musculo-aponévrotique
- 4) péritoine.



Rapprochement des berges impossible :
point total + champ vaseline

C - La Réfection avec Prothèse

Selon la situation anatomique de la prothèse, nous en distinguons deux types dont le but est identique : diminuer la tension et suture en zone saine.

1) Les Prothèses sus et inter-aponévrotiques.

C'est la méthode préconisée par R. Vilain (14, 25, 46). Le matériel de suture utilisé au début était la peau totale retournée fraîche (24) ou conservée au cialit ; les auteurs de la méthode ont ensuite préféré le mersilène car la peau au cialit présentait des inconvénients : détente secondaire, impossibilité de réhabilitation par les bourgeons charnus, difficulté de se procurer en France du cialit, antiseptique organo-mercuriel ; un de ses avantages par rapport au mersilène était pourtant sa résistance aux infections.

La prothèse en mersilène est appliquée après un parage soigneux avec excision de toutes les zones nécrotiques et résection de l'aponévrose jusqu'à la face antérieure des muscles droits. La plaque de mersilène est ensuite suturée à la tranche de section des berges aponévrotiques à la face antérieure des droits par du fil non résorbable. La plaque passe en pont d'une berge à l'autre tendue mais sans traction. La plaque mise en place reste le problème cutané. Si la perte de substance est minime, la dissection obligatoire pour poser la plaque y aidant la suture peut se faire sans problème ; dans ce cas, deux drains de Redon sont placés dans les zones de décollement latérales. Si le rapprochement est impossible du fait de l'importance de la nécrose cutanée, la portion de plaque restée visible est recouverte de pansements vaselinés puis de champs américains entourés d'un bandage de bande Velpeau et d'élastoplaste ne débordant pas sur la peau ; dans ce cas le pansement

est refait au quinzième jour par l'opérateur lui-même.

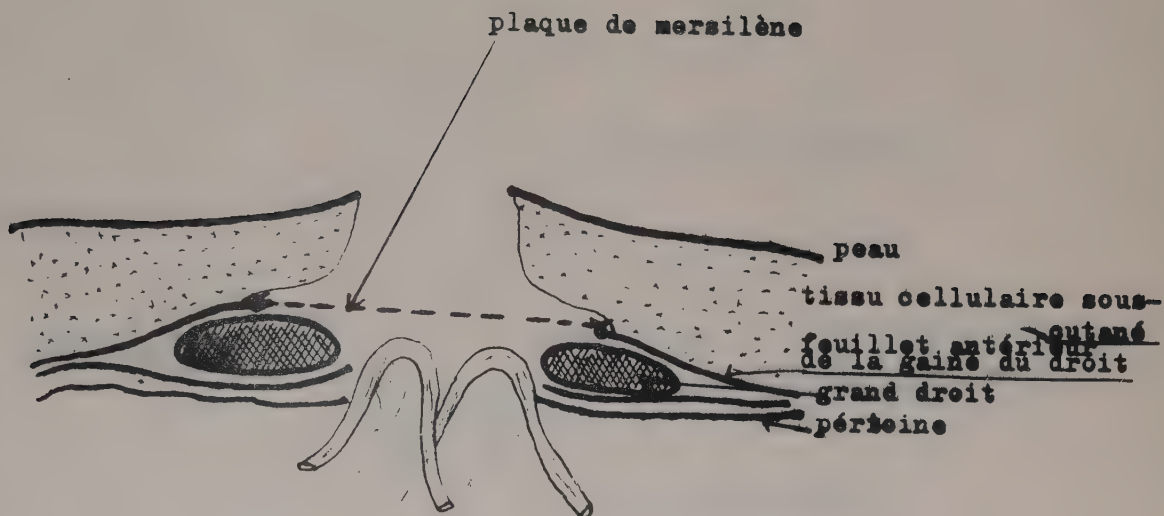
2) Les Prothèses Intra-Péritonéales (38)

C'est la méthode imaginée et employée par mon Maître, le Pr Phéline.

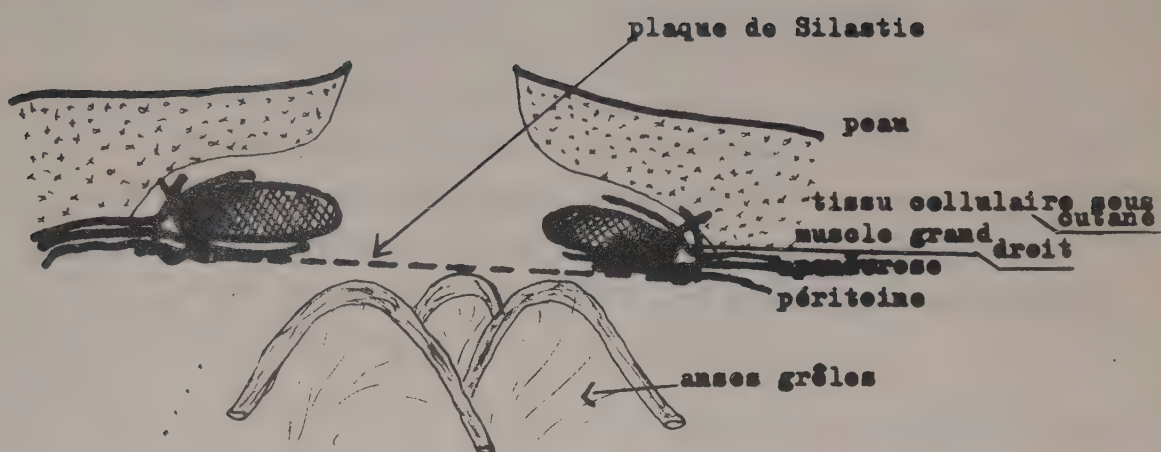
Après avoir utilisé pendant des années des plaques de Dacron intra-péritonéales pour traiter les grandes éventrations, il conçut de réaliser une méthode analogue pour supprimer les grandes éviscérations post-opératoires. Le matériel utilisé fut d'abord le crinoplaque puis le silastic. La technique est la suivante :

- un parage soigneux et aussi large que nécessaire est réalisé avec une tranquillité d'esprit complète puisqu'il n'y aura aucun problème de rapprochement des berges musculo-aponévrotiques.
- décollement du tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à la limite externe des muscles grands droits,
- la plaque de Silastic simple ou renforcée, taillée à la demande est placée directement dans la cavité péritonéale au contact du péritoine pariétal. Elle est maintenue en place par des points de fils non résorbables simples ou en U passés de dedans en-dehors à travers toute la paroi (péritoine, muscle, aponévrose) et noués sur la berge externe des grands droits. Les points fixant les limites supérieures et inférieures de la plaque sont passés de dedans en-dehors sur la ligne blanche intacte sus et sous-jacente.
- par dessus la plaque, si cela est possible, un rapprochement lâche des reliquats musculo-aponévrotiques est réalisé ; bien souvent, ce rapprochement s'avère impossible et nous fermons simplement le tissu cellulaire sous-cutané et la peau à points séparés. Un drainage aspiratif est placé dans le décollement sous-cutané.

TYPE VILAIN



TYPE PHELINE



II - Les Indications

Elles sont certes fonction des habitudes de chacun mais dépendent également du type d'éviscération considéré.

A - L'Eviscération type I

Abandonnée à elle-même, il est certain qu'elle évoluera vers une éviscération confirmée. Notre attitude n'est pas univoque : si la rupture de peau semble certaine à brève échéance, nous ne discutons pas la nécessité d'une réintervention ; dans le cas contraire ou si l'état général du sujet est trop altéré, nous préférons le traitement conservateur et non pas la méthode de Quénu mais plutôt celle du bas collé de Guivarc'h et Mouchet, cette dernière en effet présente de sérieux avantages :

- possibilité de surveiller la cicatrice tous les jours sans supprimer la contention,
- possibilité de nettoyage de la plaie,
- possibilité de surveillance de l'abdomen.

Enfin, le traitement palliatif de Guivarc'h et Mouchet n'empêche en aucune façon une réintervention si l'indication devenait urgente secondairement.

En fait, si l'indication est bien posée au départ, la méthode du bas collé permettra de passer un cap difficile, la réintervention curative de l'éventration secondaire pouvant se faire après amélioration du terrain.

B - L'Eviscération type II

Dans ce cas, personne ne discute la nécessité d'une intervention curative.

Il s'agit d'une urgence ; les viscères extériorisés sont enveloppés de champs stériles et le malade est immédiatement conduit en salle d'opération où il est endormi après une réanimation brève mais suffisante.

Certains temps opératoires sont communs à toutes les méthodes.

L'intervention débutera toujours par une asepsie rigoureuse de la peau et un nettoyage de l'intestin et de l'épiploon éviscérés par lavage au sérum chaud en évitant de dépéritoniser les anses.

Le parage de tous les plans sera soigneux.

Le problème de la vérification intra-péritonéale est sujet à discussion. Certains auteurs considèrent qu'elle doit être systématique pour dépister un éventuel abcès, lâchage de suture ou cause d'occlusion dont le traitement devrait être simultané ; après une toilette rigoureuse des anses et du péritoine comportant l'ablation des fausses membranes et la mise en place d'antibiotiques locaux (Tifomycine chirurgicale), ils procèdent à la réduction des viscères extériorisés en s'aidant de la position de Trendelenbourg et du soulèvement des plans pariétaux. Notre avis diffère sur ces différents points : nous ne recherchons jamais systématiquement d'éventuelles lésions intra-abdominales et nous ne réalisons un temps intra-péritonéal que si nous avons la certitude ou un doute fort sérieux sur l'existence d'une fistule ou d'un abcès collecté. En effet, bien que les anses éviscérées dans le cas considéré soient libres, il existe toujours une réaction intra-péritonéale de péritonite plastique et il nous semble dangereux d'essayer de libérer les adhérences réalisées par les fausses membranes vu le risque important de créer des fistules. Donc, en l'absence de certitude ou quasi-certitude de la présence d'un abcès ou d'une fistule nous nous contentons après une toilette à minima des viscères extériorisés, de les réinclure avant le temps de fermeture ; par contre l'abandon dans le péritoine d'antibiotique sera systématique.

La réfection pariétale termine l'intervention et c'est là que les avis diffèrent le plus :

1) certaines écoles emploient systématiquement la technique de suture par plan total (6), selon les modalités que nous avons vues : point total simple ou point total avec champs vaselinés abandonnés dans la cavité péritonéale et retirés secondairement. Certes, cette méthode présente l'avantage d'être rapide, de permettre l'ablation du matériel de suture et d'éviter les espaces morts au niveau de la plaie opératoire. Son principal inconvénient outre la cicatrice de ventre en fesse est d'ordre mécanique ; la réunion en un plan de couches de mobilité et de valeur mécanique différentes expose au cisaillement des éléments les plus faibles lors des mouvements de toux ou de poussée abdominale ; ceci est particulièrement vrai pour le tissu graisseux sous-cutané et des épanchements sanguins risquent de s'y produire faisant le lit d'une reprise infectieuse. Si cette méthode est éventuellement acceptable comme traitement préventif d'une éviscération, nous ne l'appliquons jamais comme moyen de fermeture dans une éviscération confirmée. En effet, dans ce cas, la suture ne peut après un parage soigneux jamais se faire sans tension et ceci explique :

- le risque de nécrose pariétale
- la possibilité de récidives de l'éviscération de 0,1 à 14 % selon les auteurs (10, 39).
- enfin, la fréquence des éventrations post-opératoires évaluée à 30 % des cas par Cassau et Siewert (4).

2) Nous préférons dans ce type d'éviscération utiliser une prothèse qui tout en évitant la suture sous tension traite dans le même temps le risque d'éventration secondaire. La prothèse type Vilain présente à notre avis deux inconvénients :

- elle est suturée à la berge interne de la lèvre aponévrotique ; or, cette lèvre aponévrotique est fragile voire en voie de nécrose ou de résorption. Elle ne nous semble pas être un point d'attache suffisamment solide sur lequel la prothèse peut s'ancrer définitivement.

...

- la prothèse type Vilain par sa situation inter et sus-aponévrotique se trouve au niveau du tissu cellulaire sous-cutané qui est la zone d'infection maxima.

C'est pour ces raisons que nous préférons utiliser la méthode de prothèse intra-péritonéale en Silastic préconisée par le Pr Phéline. L'intérêt de cette méthode est l'utilisation comme appui de zones saines non remaniées par l'agression initiale ; de plus la plaque par son épaisseur et sa longueur représente un véritable bouclier contre lequel viennent buter en vain les facteurs d'hyperpression abdominale. En outre, par son caractère élastique, la prothèse maintient et rapproche les berges internes et permet une sclérose secondaire.

On a pu reprocher à cette méthode l'inclusion d'un matériel inerte dans un milieu théoriquement ou réellement infecté. En fait, les possibilités de réabsorption et de cicatrisation de la séreuse péritonéale réduisent au minimum le phénomène d'intolérance et de rejet. De plus, la fermeture lâche des plans sus-jacents permet un drainage supplémentaire.

Le décollement du tissu cellulaire sous-cutané nécessaire à la mise en place de la prothèse peut être considéré comme dangereux par le suintement hémorragique qu'il entraîne ; en fait l'hémostase minutieuse réduira considérablement l'hémorragie et de toute manière un drainage aspiratif est laissé en place dans les espaces décollés. L'ancrage de la prothèse en zone aponévrotique saine richement vascularisée l'emporte à nos yeux sur le risque de diffusion infectieuse.

D'autre part, nous affirmons l'excellente tolérance de l'intestin au contact de la prothèse. Le péritoine se cicatrise très rapidement en incluant cette dernière dans son épaisseur. Ceci nous a été confirmé par l'autopsie d'un de nos malades chez lequel nous avons retrouvé la plaque de Silastic totalement incorporée au plan péritonéal.

...

...

C - L'Eviscération de Type III

Là encore, les indications ne sauraient être stéréotypées.

Vis - à - vis du magma de péritonite plastique, il nous semble préférable de ne pas essayer de le libérer. En effet, les adhérences réalisées sont souvent inextricables et une tentative trop libératrice à l'égard des anses, risquerait de créer de nombreuses zones dépéritonisées, voire des fistules iatrogènes.

Vis-à-vis de la paroi, nous adoptons deux attitudes selon les cas :

- s'il s'agit d'un éviscéré jeune à la paroi encore tonique nous préférons utiliser la méthode conservatrice du bas collé à condition toutefois que les facteurs d'hyperpression intra-abdominale soient rapidement supprimés. La présence d'une fistule intestinale responsable de cette éviscération ne nous forcera pas à intervenir car des perfusions d'acide lactique peuvent se réaliser facilement amenant un assèchement de la fistule. L'âge et le bon état général de ces malades nous laissent espérer une cicatrisation rapide et progressive de la peau et parfois du plan musculo-aponévrotique.

- par contre, s'il s'agit d'un sujet âgé à la paroi déficiente ou si les conditions ne nous permettent pas d'espérer une suppression rapide des facteurs d'hypertension abdominale, nous préférons utiliser une prothèse en Silastic.

...

D - L'Eviscération Itérative

Les classiques conseillaient après une nouvelle tentative de suture, l'emploi de la méthode de Quénu seule capable d'assurer une survie dans quelques cas semblant désespérés.

En fait, à l'heure actuelle, nous les traitons systématiquement par mise en place d'une prothèse de Silastic évitant la possibilité de récurrence.

Afin d'illustrer ces indications, nous avons regroupé dans le tableau suivant nos 16 observations d'éviscérés en indiquant le traitement subi.

...

				14e jour	II	plaque intra- péritonéale	complications pleuro-pul- monaires et décès 8 j. plus tard.
2) DAS...	65 A.	cancer de l'estomac	gastrectomie totale	8e jour	I + fistule	plaque intra- péritonéale	cicatrisa- tion rapide mais décès au 6e mois du fait de l'extension du cancer.
3) CET...	45 A.	pancréatite aigue	pancréatectomie + anastomose pancréato jéjunale.	12e jour	I	bas collé	Décès au 3e mois cachexie progressive.
4) DET...	66 A.	Volvulus sigmoïdien	Réséction + anus temporaire	12 jour	III	plaque intra- péritonéale + biogaze dans la déhiscence pariétale	comblement progressif et cicatri- sation. Décès 6 mois plus tard par O.A.P.
5) DEL...	76 A.	volvulus sigmoïdien	résection + anus temporaire	9e jour	II	plaque intra- péritonéale	apparition de fistules digestives

5) THE...	70 A.	cholécystite aigue	cholécystectomie + anastomose bilio-digestive.	6e jour	II	plaque intra-péritonéale.	Suites opératoires simples Sortie du malade au bout de 1 mois.
7) MER...	75 A.	Occlusion intestinale aigue par mucoécèle appendiculaire.	Hémicolectomie droite.	6e jour.	II	plaque intra-péritonéale.	Suites opératoires simples Cicatrisation rapide.
3) A...	41 A.	Gd pelvien + leucémie.	Hystérectomie	10e jour	III	bas collé	Suites simples.
9) ME...	55 A.	Cholécystite aigue.	cholécystectomie + drain de Kehr	9e jour	III	plaque intra-péritonéale.	Suites simples.
10) ESC...	56 A.	Perforation d'ulcère + péritonite plastique.	Nettoyage de la cavité péritonéale + drainage.	6e jour	II	plan total	4 jours plus tard, nouvelle éviscération + fistules multiples. Résection intestinale + <u>plaque intra-péritonéale</u> sans fermeture de la paroi. Dès lors, suites simples et cicatrisation progressive.
11) FAU...	42 A.	Gastrite hémorragique. Anémie post-transfusionnelle.	Gastrectomie. Epuration rénale.	15e jour	III + fistule	bas collé	Etat occlusif récidivant traité par aspiration digestive et drainage péritonéal. Amélioration lente puis guérison.
12) CAR...	43 A.	Perforation de faux kystes du pancréas.	pancréatectomie + anastomose pancréatico-jéjunale	20e jour	III	Bas collé	Comblement progressif de la grande plaie opératoire.

13) DOI..	60 A.	Cancer de la grosse tubérosité gastrique.	gastrectomie des 4/5 et anastomose gastro-jéjunale.	15e jour	III + fistule	Bas collé + perfusion d'acide lactique.	Cicatrisation
14) XE...	65 A.	Cancer colique infecté.	Hémi-colectomie	8e jour	II + lâchage total de suture.	Anus iliaque, drainage, plan total	6e jour après la 2e intervention, éviscération type III traitée par bas collé. Suites ultérieures simples
15) YA..	75 A.	Pancréatite aiguë nécrosante	Pancréatectomie sub-totale + bas collé préventif.	10e jour	I + fistule.	Drainage simple et abstention pariétale.	tarissement progressif de la fistule. Cicatrisation.
16) SON..	81 A.	Infarctus mésentérique.	hémicolectomie droite + anastomose iléo-transverse. Fermeture par plan total préventif (chirurgie de garde).	8e jour	III + lâchage complet des sutures.	réintervention par voée d'abord parallèle à la médiane, rétablissement de la continuité drainage, bas collé.	Décès au 15e jour par O/A/P

CONCLUSIONS

Que penser à l'heure actuelle des éviscérations post-opératoires de l'adulte

- 1° Il s'agit d'une complication non négligeable de la chirurgie abdominale du fait de sa fréquence et de sa gravité,
 - 2° On doit particulièrement insister sur les mesures prophylactiques que nous avons énoncées en dressant lors de chaque laparotomie un bilan du risque d'éviscération qui conditionnera la technique de fermeture pariétale. Notre attitude à ce sujet peut se résumer en trois points :
 - sujet ne présentant aucun motif de s'éviscérer : fermeture plan par plan,
 - sujet jeune à la paroi tonique mais risquant de s'éviscérer du fait de la septicité de l'intervention : fermeture plan par plan + bas collé,
 - sujet risquant de s'éviscérer du fait d'une paroi de mauvaise qualité (vieillard, obèse...) : plaque intra-péritonéale d'emblée ; nous préférons pécher par excès que par défaut et jusqu'à maintenant nous n'avons qu'à nous féliciter de cette précaution.
 - 3° Dans le traitement curatif de l'éviscération, la méthode de prothèse intra-péritonéale conçue et employée par le Pr Phéline nous a jusqu'à maintenant donné de bons résultats.
-

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Alexander H, Prudden J.F.
The causes of abdominal wound disruption
Jurg. Gynec. Obstet, 1966, 122, 1223 - 1229
- 2 - Block W.
Aktuelle Fragen bei Störungen der Wundheilung
Langenbeck Arch. Klin. Chir., 1958, 289, 42 - 59
- 3 - Boffi L, Pennati P,
Deiscenza dopo laparotomie
Osped. Ital. Chir. 1962, 6, 169 - 182
- 4 - Cassan D, Siewert R.
Die vollständige Wundruptur in neuerer Sicht
Chirurg, 1967, 38, 381, 385
- 5 - Efron G.
Abdominal wound disruption
Lancet, 1965, 2, 1287 - 1290
- 6 - Estenne B, Botelle R, Carles J.F., Hirschmann F, Houdard Cl.
Les éviscérations aiguës post-opératoires
Ann. Chir. 1971, 25, 1241, 1246
- 7 - Fuchs sig P.
Ursachen, Vorkommen und Verinderung der Bauchnarbenbrüche
Langenbeck Arch. Klin. Chir. 1963, 304, 275 - 286
- 8 - Gerhart A.
Aussprache zu Vortrag n° 7
Langenbeck Arch. Klin. Chir. 1958, 289, 690, 692

...

- 9 - Gerhart A., Scior H.

Weber die Häufigkeit der Ruptur von laparotomiewunden

Zbl. Chir. 1958, 83, 730 - 736

- 10 - Germain A. Courtois-Suffit m. Diane C.

La réintervention précoce en chirurgie abdominale.

Mém. Acad. Chir. 1964, 90, 171 - 189

- 11 - Guillemin G, Michel A., Dubois J, Braillon G.

Documents sur une étude comparative du traitement opératoire et du traitement conservateur dans l'éviscération aigue post-opératoire.

Lyon Chir, 1967, 63, 145 - 150

- 12 - Guivarc'h M. Mouchet A.

Sanglage abdominal par bas nylon dans l'éviscération post-opératoire.

Press. Méd. 1969, 77, 3, 101 - 102

- 13 - Hampton J.R.

The burst abdomen

Brit. Med. J. 1963, 2, 1032 - 1035

- 14 - Hepp J. Vilain R.

Pathogénie prophylaxie et traitement de l'éviscération.

Mém. Acad. Chir. 1965, 91, 374 - 382.

- 15 - Hofmann H.G., Hernandez - Richter J.

Weber die Entstehung der Platzbouches

M Unchr. Med. Wschr, 1961, 103, 1424 - 1430

...

16 - Hollender L.F., Sava G, Gillet M.

Les Eviscérationes aigues post-opératoires

Ann. Chir., 1969, 23, 137 - 148

17 - Hupe K, Roeper R.

Tierexperimentelle Untersuchungen über die Wundheilung

Bruns Beitr. Klin. Chir. 1965, 211, 214 - 221

18 - Kindler H.

Autoradiographische Untersuchungen des Zelleiweißstoffwechsels
im Entzündungsfeld der Wunde.

Langenbeck Arch. Klin. Chir., 1962, 301, 79 - 86

19 - Kny W.

Der Einfluss von Methionin und cystin auf die Wundheilung
Tierexperimentelle Untersuchungen.

Langenbeck Arch. Klin. Chir. 1958, 289, 125 - 126

20 - Koslowski L.

Wundheilung - Wundinfektion - Wundbehandlung.

Chirurg. 1967, 38, 347, 352.

21 - Kothe W.

Die Actiologie der Nahtolethiscenz nach Laparotomie

Langenbeck Arch. Klin. Chir. 1958, 289, 687 - 690

22 - Kuhlitz G.

Ursachen des Platzbauches nach Laparotomie. Tierexperimentelle
untersuchungen.

Virchows Arch. 1955, 327, 53 - 70

23 - Kyrle P.

Intra-und postoperative Zwischenfäße.

Ihre Verhütung und Behandlung. Band II - Abdomen.

1965, Georg. Thieme, ed, Stuttgart, 30 - 41

24 - Laburthe - Tobra Y., Chomé J.

La greffe libre de peau totale fraîche retournée.

Son utilisation dans le comblement des pertes de substances de la paroi abdominale.

J. Chir. 1970, 100, 399 - 410

25 - Lemerle JP., Vilain R.

Eviscération

Conc. Méd. 1971, 93, 1910 - 191

26 - Lewis F.G., Speir E.B.

Wound dehiscence. The Swedish hospital, Seattle, 1956 - 1960.

West J. Surg. 1962, 70, 134 - 136

27 - Mac Callum G T, Link F F.

The effects of closure techniques on abdominal disruption.

Surg. Gynec. Obstet. 1964, 119, 75 - 80

28 - Maillet P., Chabert M.

A propos des éviscérationes aiguës post-opératoires.

Lyon Chir. 1967, 63, 239, 242.

29 - Major H.

Wundheilung und Gewebseiweißverarmung.

Langebeck Arch. Klin. Chir. 1953, 273, 869, 872

30 - Matzander V.

Wird durch lytische Mischung und kontrollierte hypothermie die gefahr der wundheilung nach laparotomien vergrößert ?

Brum Beitr. Klin. Chir. 1964, 209, 19 - 25

31 - Matzander V.

Die Bedeutung des Cortison für die Entstehung von
Wunddehisszenzen nach laparotomien.

Zbl. Chir. 1964, 89, 632 - 647

32 - Mayo C. W., Lee M J. jr.

Separation of abdominal wounds.

Arch. Surg. 1951, 62, 883, 894.

33 - Moulonguet P., Baumann J.

Sur les Eviscérations post-opératoires.

Mem. Acad. Chir. 1949, 75, 310 - 317

34 - Nayman J.

Effect of renal failure on wound healing in dog. Response
to hemodialysis following uremie induced by uranium nitrate

Ann. Surg. 1966, 164, 227, 235.

35- Olivier Cl. Mahé P., Sibert, Rettori R. Epfelbaum R. Godart E.

Les réinterventions précoces en chirurgie abdominale.

Etudes préliminaires.

Mem. Acad. Chir. 1964, 90, 302 - 309

36 - Perhofer R, Karnbaum S.

Klinische untersuchungen zu platzbauchentstechung.

Brum Beitr. Klin. Chir. 1963, 206, 39 - 51.

37 - Pereira M. D., Serkes K. D.

Prédiction of wound disruption by use of the healing ridge

Surg. Gynec. Obstet. 1962, 115, 72 - 74

38 - Pheline Y. Delmas, Khayat.

A propos du traitement chirurgical des éviscérations
Ouest médical. A paraître.

...

- 39 - Poilleux, Larrieu H, Plumeroult J.

Les problèmes de réintervention en chirurgie abdominale.

Mém. Acad. Chir. 1964, 20, 580 - 588.

- 40 - Quémé J., Loygue J., Perrotin J., Dubost Cl.

Opération sur les parois de l'abdomen et sur le tube digestif
1967, Masson et Cie, éd., Paris.

- 41 - Schautz R.

Der Einfluss der Cortison und der Phenotiazine auf die
Mesenchymreaktion und die Heilung einer örtlichen Gewebeschädigung
im tierexperimentellen.

Langebeck Arch. Klin. Chir. 1958, 289, 126, 127

- 42 - Schumann HB, Nitschel

Wunddehiscenz nach Laparotomien

Zbl chir. 1964, 17, 625 - 632

- 43 - Seidel W.

Die post-operative Bauchdeckendehiscenz

Chirurg. 1967, 38, 377 - 381

- 44 - Sokolow S.

Das Aufplatzen der Bauchwunde nach Laparotomie mit Eviszierung
bzw Freiliegen der Eingeweide.

Ergebn. Chir. Orthop. 1932, 25, 306 - 379

- 45 - Thies H, Busch H, Koch Y, Wendebourg R,

Neue Erkenntnisse über die Pathogenese und Prophylaxe der
Platzwunden.

Langebeck Arch. Klin. Chir. 1966, 316, 958 - 959

- 46 - Vilain R, Elbaz JS, Singier P, Guériot J. C., Le Lirzin R.

Etude critique des complications des Laparotomies, l'élimi-
nation des fils de suture, l'éviscération, l'éviscération, les
désunions cutanées suppurées.

Ann. Chir. 1967, 21, 262 - 288.

Vu, le Président de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Vu et permis d'imprimer

Le président de l'Université de CAEN,

" Par délibération de son conseil en date du 10 novembre 1972,
l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation
aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions
doivent être considérées comme propres à leurs auteurs".

